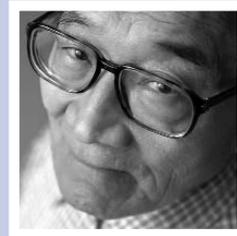
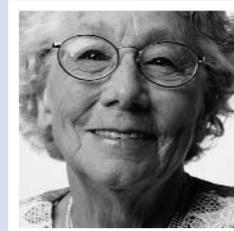
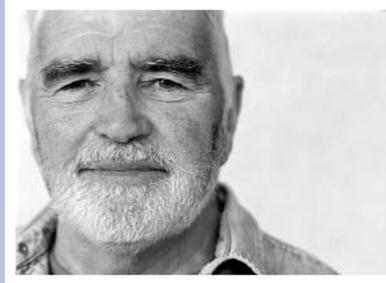


Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar



Este folleto oficial del gobierno explica . . .

- **Cómo buscar y comparar agencias de cuidado de salud en el hogar.**
- **El beneficio de cuidado de salud en el hogar de Medicare y quién puede obtenerlo.**
- **Lo que cubre el Plan Original de Medicare.**
- **Dónde puede conseguir respuestas a sus preguntas.**



Bienvenido

Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar ha sido diseñado para ayudar a los beneficiarios a buscar y comparar agencias de cuidado de salud en el hogar. Puede ayudarlo a usted y a su familia a encontrar las agencias que responda mejor a sus necesidades. Incluye información importante sobre la elegibilidad para la cobertura de Medicare del cuidado de salud en el hogar, lo que cubre Medicare, la calidad del cuidado y otras fuentes de información.

Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar fue preparado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). CMS y los estados supervisan la calidad del cuidado brindado por las agencias de cuidado de salud en el hogar. Las agencias gubernamentales estatales y federales certifican a las agencias de cuidado de salud en el hogar.

Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar no es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del programa Medicare, están contenidas en las leyes, normas y regulaciones judiciales correspondientes.

Tabla de Contenido

1 -¿Qué es el Cuidado de Salud en el Hogar?	3
2 - Escoger una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar	
Cómo buscar una agencia de cuidado de salud en el hogar aprobada por Medicare	5
Información sobre las Medidas de Calidad para el Cuidado de salud en el hogar	6
Salud en el Hogar	7
Lista de Comparación	7
¿Tengo alguna opción con respecto a la agencia que deseo usar?	8–9
¿Qué ocurre si deseo cambiar de agencia?	9
3 - La Cobertura de Medicare del Cuidado de Salud en el Hogar	
Quién es elegible	11–12
¿Cuáles servicios de cuidado de salud en el hogar cubre Medicare?	13
¿ Cuáles servicios de cuidado de salud en el hogar no cubre Medicare?	14
¿Qué paga el Plan Original de Medicare y que me corresponde pagar?	14–15
¿Cómo paga el Plan Original de Medicare por mi cuidado de salud en el hogar?	15
¿Qué puedo hacer si el Plan Original de Medicare deja de pagar por mi cuidado de salud en el hogar?	16
¿Qué puedo hacer si el Plan Original de Medicare no paga por un artículo o servicio que yo creo debería pagar?	16
¿Qué ocurre si estoy inscrito en un plan de salud de Medicare? . . .	16
4 - ¿Cómo ayuda Medicaid a las personas de ingresos bajos? .	17
5 - Su Cuidado de Salud en el Hogar	
¿Supervisa un médico mi cuidado de salud en el hogar?	19
¿Qué es un plan de cuidado?	19–20
Lista de Comparación del Cuidado de Salud en el Hogar	21
¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre la calidad del mi cuidado?	22
¿Cómo descubro y denuncio un fraude?	22–23
6 - ¿Dónde Obtengo Respuestas a mis Preguntas?	25
7 - Palabras que Debe Saber	26–27
Definición de las palabras en azul	
8 - Índice	28



Los servicios de cuidado de salud en el hogar son brindados por varios profesionales de la salud en su hogar.

1 - ¿Qué es el Cuidado de Salud en el Hogar?

El cuidado de salud en el hogar, es el [cuidado de enfermería especializada](#) y otros servicios de salud como [terapia física y ocupacional](#), [terapia del habla](#) y servicios sociales. Estos servicios son brindados por profesionales de la salud en su hogar.

El personal de cuidado de salud en el hogar brinda y coordina el cuidado o terapia que su médico indica. El personal y su médico diseñan un plan de cuidado por escrito. El mismo indica los servicios que usted recibirá para mantenerse en el mejor estado de salud física mental y social. El personal mantiene informado a su médico sobre su progreso y actualiza el plan a medida que sea necesario, según lo autorizado por su médico. Si desea más información sobre el plan de cuidado consulte las páginas 19 y 20.

La demanda del cuidado de salud en el hogar ha aumentado por varias razones. La ciencia médica así como la tecnología han mejorado. Muchos tratamientos que antes sólo se practicaban en un hospital ahora pueden hacerse en casa. Además, el cuidado de salud en el hogar es a menudo más barato y tan efectivo como la atención brindada en el hospital o en un asilo de ancianos.

Mientras recibe cuidado de salud en su hogar el personal de la agencia le enseñará a usted y a la persona que lo atiende a continuar con el cuidado que necesita, tal como la administración de los medicamentos, cuidado de una herida, terapia y control del estrés. Dado que la mayoría del cuidado de salud en el hogar es intermitente o a tiempo parcial, usted y la persona que lo cuida deben aprender a identificar los problemas que podrían presentarse como confusión o respiración entrecortada.

El objetivo del cuidado de salud en el hogar es el tratar una enfermedad o herida. Ayudarle a mejorar y funcionar de manera independiente y a ser autosuficiente en la medida de lo posible. El objetivo del cuidado de salud en el hogar a largo plazo (para las personas con enfermedades crónicas o incapacitadas) es mantenerlo en el mejor estado de salud y funcionamiento y ayudarle a vivir con su enfermedad o incapacidad.

Las palabras en [azul](#) se definen en las páginas 26–27.

Visite "Compare el Cuidado de Salud en el Hogar" en www.medicare.gov para obtener información sobre las [agencias de cuidado de salud en el hogar](#) de su área.



2 - Escoger una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar

Cómo buscar una **agencia de cuidado de salud en el hogar** aprobada por Medicare

Usted puede buscar una agencia de cuidado de salud en el hogar aprobada por Medicare:

- En www.medicare.gov “Compare el Cuidado de Salud en el Hogar”. Este sitio le brindará:
 - el nombre y dirección de la agencia,
 - el número de teléfono de la agencia
 - los servicios ofrecidos por la agencia (como cuidado de enfermería, [terapia física](#), [ocupacional](#) y del [habla](#), servicios médicos/sociales y ayudante para las tareas del hogar),
 - fecha en que la agencia fue certificada por [Medicare](#),
 - tipo de propiedad (con fines de lucro, gubernamental, sin fines de lucro),
 - medidas de calidad (página 6)
- preguntándole a su médico, planificador de altas del hospital o asistente social. O, hablando con sus amigos y familiares sobre sus experiencias respecto a su cuidado de salud en el hogar.
- utilizando un servicio de referencias comunitario u otras agencias de la comunidad que lo ayuden con su cuidado de salud.
- buscando en la guía telefónica (“páginas amarillas”) en la sección “cuidado en el hogar” (“home care”) o “cuidado de salud en el hogar” (“home health care”).

Nota: Una [agencia de cuidado de salud en el hogar](#) tiene el derecho a negarse a aceptar a cualquier paciente si no puede responder a las necesidades del mismo.

2 - Escoger una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar

Información sobre las Medidas de Calidad para el Cuidado de Salud en el Hogar

La calidad del cuidado significa hacer lo correcto en el momento justo, en la forma correcta, para la persona indicada y obtener el mejor resultado posible. Las agencias de cuidado de salud en el hogar están certificadas para garantizar que cumplen con ciertos requisitos federales de salud y seguridad. Para averiguar como se comparan en cuanto a la calidad del servicio visite www.medicare.gov por el Internet y seleccione “Compare el Cuidado de Salud en el Hogar”.

Estas medidas de calidad le brindan información sobre qué tan bien cuidan de sus pacientes las agencias de cuidado de salud en el hogar. También le informan sobre la salud física y mental de los pacientes y si su habilidad para las tareas cotidianas se mantiene igual o ha mejorado. Esta información sobre calidad le permitirá comparar agencias y hacer las preguntas que considere necesarias.

Las medidas de calidad evalúan:

- La mejoría en el desplazamiento (moverse),
- Las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, usar el baño o comer,
- Las emergencias médicas del paciente,
- La mejoría de la salud mental del paciente.

También puede obtener información sobre las agencias de su Agencia Estatal de Inspección. Pídeles el informe de la última inspección. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov para obtener el número de teléfono. En algunos casos, su intermediario local de cuidado a largo plazo podría tener información sobre las [agencias de cuidado de salud en el hogar](#) de su área. La información sobre el intermediario de cuidado a largo plazo la encontrará en www.ltcombudsman.org o llamando al localizador Eldercare al 1-800-677-1116.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

2 - Escoger una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar

Lista de Comparación

Use esta lista para comparar y seleccionar una agencia de cuidado de salud en el hogar.

Nombre y Dirección de la Agencia _____

Agencia:	Si	No	Comentarios
1. Está certificada por Medicare.			
2. Está certificada por Medicaid.			
3. Ofrece los servicios que yo necesito (como servicios de enfermería o terapia física).			
4. Responde a mis necesidades especiales (como idioma o preferencias culturales).			
5. Ofrece el cuidado personal que necesito (como ayuda para bañarme, vestirme, etc.).			
6. Ofrece los servicios de apoyo que necesito (como ayuda con la lavandería, compras y limpieza), o puede ayudarme a coordinar la ayuda adicional, por ejemplo "Meals on Wheels".			
7. Tiene personal disponible para brindarme el tipo de cuidado y la cantidad de horas de cuidado que ordenó mi médico y pueden empezar en cuanto lo necesite.			
8. Ha sido recomendada por mi médico, el planificador de altas del hospital o el/la asistente social.			
9. Tiene personal disponible por la noche, o emergencias durante el fin de semana.			
10. Explica lo que pagará mi seguro y lo que tendré que pagar de mi bolsillo.			
11. Investiga los antecedentes de todo su personal.			
12. Puede proporcionar cartas de pacientes satisfechos así como de médicos mencionando que la calidad del cuidado brindado por el personal es buena.			

2 - Escoger una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar

¿Tengo opción con respecto a la agencia que deseo usar?

Si su médico decide que usted necesita servicios de cuidado de salud en el hogar, usted tiene el derecho de elegir la agencia que le brinde el cuidado y los servicios que necesita. Su elección debe ser respetada por su médico, planificador de altas del hospital y otras agencias de referencias. A pesar que usted puede decidir sobre la agencia, tal vez sus opciones estén limitadas por la disponibilidad de las agencias o por las normas de Medicare. Tenga en cuenta que **Medicare** sólo paga por los servicios de cuidado de salud en el hogar brindados por agencias que cumplen con los estándares de Medicare y que están aprobadas (certificadas) por Medicare. Periódicamente, Medicare inspecciona las agencias de cuidado de salud en el hogar para asegurarse que cumplen con los estándares establecidos.

Algunos hospitales tienen sus propias agencias de cuidado de salud en el hogar. Usted no está obligado a elegir la agencia del hospital, puede elegir cualquier agencia certificada por Medicare que responda a sus necesidades médicas.

Su **agencia de cuidado de salud en el hogar** debe brindarle todos los servicios identificados en su plan de cuidado (vea páginas 19-20), incluyendo servicios del personal y suministros médicos. La agencia debe hacerlo a través de su propio personal, a través de un acuerdo con otra agencia o contratando enfermeros, terapeutas, ayudantes de tareas del hogar y consejeros que respondan a sus necesidades.

Medicare Advantage es el nuevo nombre de Medicare + Opción. Si usted está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** (como un Plan de Salud Administrado Medicare), tal vez tenga que usar una agencia que trabaja con su plan. Consulte la página 16 para más información sobre los Planes Medicare Advantage.

Cuando comience a recibir cuidado de salud en el hogar, el personal de la agencia le hará algunas preguntas sobre su salud para poder brindarle el mejor cuidado. La agencia debe mantener su información personal en total confidencialidad. Usted puede pedir que le muestren esta información. La agencia le explicará las preguntas y le dará información por escrito sobre su derecho de privacidad.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

2 - Escoger una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar

¿Tengo opción con respecto a la agencia que deseo usar?
(continuación)

La mayoría de las agencias de cuidado de salud en el hogar certificadas por Medicare aceptarán a todos los beneficiarios de Medicare. La agencia no está obligada a aceptar pacientes si no puede responder a las necesidades de los mismos. La agencia no puede negarse a aceptar un paciente debido a su problema de salud, a menos que se niegue a aceptar a otros pacientes con la misma condición.

¿Qué ocurre si deseo cambiar de agencia?

Medicare sólo pagará por los servicios de una agencia de cuidado de salud en el hogar a la vez. Usted puede dejar una agencia y elegir otra en cualquier momento. Comuníquese con su médico para que lo refiera a otra agencia. Debe avisarle a ambas que ha decidido cambiar de agencia.



Los servicios de un ayudante están cubiertos si usted también recibe cuidado de enfermería especializado cubierto por Medicare.

3 - La Cobertura de Medicare del Cuidado de Salud en el Hogar

¿Quién es elegible?

Si usted está inscrito en Medicare, puede usar los servicios de cuidado de salud en el hogar si cumple **todos** los requisitos siguientes:

1. Su médico debe decidir que usted necesita atención médica en su hogar, y hacer un plan para su cuidado en el hogar.
2. Si usted necesita por lo menos uno de los siguientes servicios: **enfermería especializada** de tiempo parcial/intermitente (no a tiempo completo) o **terapia física** o, **servicios de patología del habla/lenguaje** o sigue necesitando servicios de **terapia ocupacional**.
3. La agencia de salud en el hogar que le brinda servicios debe estar aprobada por el programa Medicare (certificada por Medicare).
4. Usted debe estar confinado en su casa. Esto significa que usted normalmente no puede salir de su hogar. Estar confinado en casa significa que salir del hogar le es un esfuerzo enorme. Cuando usted sale de su hogar, debe ser algo infrecuente, breve, para buscar atención médica o asistir a un servicio religioso. Si necesita cuidado diurno para adultos, igual puede obtener el cuidado de salud en el hogar

La elegibilidad también está basada en la cantidad de servicios que necesita.

Medicare cubre el cuidado de salud en el hogar por el tiempo que su médico lo indique y mientras usted sea elegible. Sin embargo, el **cuidado de enfermería especializado** y los servicios de auxiliar y/o ayudante del hogar sólo están cubiertos a tiempo parcial o intermitente. Lo que significa que hay límites para el número de horas y días por semana que puede recibir estos servicios. Los servicios de terapia no tienen que ser a tiempo parcial o intermitente.

Para decidir si usted es elegible, Medicare define el “tiempo parcial” o “intermitente” como el **cuidado de enfermería especializado** que recibe menos de 7 días por semana o menos de 8 horas por día por un período de 21 días (o menos) con algunas excepciones en circunstancias especiales. Vea el ejemplo en la página siguiente.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

3 - La Cobertura de Medicare del Cuidado de Salud en el Hogar

Por ejemplo, El médico de Juana estipula que una enfermera especializada la visite todos los días durante los próximos 15 días para tratarle una herida. Este servicio es necesario por razones médicas. El tiempo total que la enfermera estará con Juana será menos de una hora por día. Juana sólo necesita que la enfermera la vea durante 15 días. Juana cumple con la definición de servicio “intermitente” o a “tiempo parcial” de Medicare.

Los límites de horas y días podrían extenderse en circunstancias especiales cuando su médico pueda establecer cuando dejará de necesitar el servicio.

Una vez que usted reciba cuidado de salud en el hogar, Medicare define el cuidado de enfermería especializado y los servicios de auxiliares y/o ayudantes como intermitentes o a tiempo parcial cuando combinados sean menos de 8 horas por día y 28 horas o menos por semana. De acuerdo con sus necesidades y según cada caso particular, la cantidad de horas semanales podría aumentar hasta 35 horas. Esta definición le ayuda a Medicare a tomar decisiones en cuanto a la cobertura de los servicios.

Por ejemplo, Franco ha recibido cuidado de salud en el hogar por 3 semanas. Su condición ha mejorado pero su médico considera que debe continuar con el cuidado de salud en el hogar. El médico de Franco indica que necesita cuidado de enfermería de 4 días por semana 3 horas por día (un total de 12 horas) y un auxiliar o ayudante del hogar 5 días por semana, 3 horas por días (un total de 15 horas). Esto significa que Franco recibe un total de 27 horas de servicio por semana, lo cual cumple con la definición de Medicare de “tiempo parcial” o “intermitente”.

3 - La Cobertura de Medicare del Cuidado de Salud en el Hogar

¿Cuáles servicios de cuidado de salud en el hogar cubre Medicare?

Si usted reúne las cuatro condiciones para recibir cuidado de salud en el hogar (listadas en la página 11), **Medicare** cubre:

- **enfermería especializada** a tiempo parcial o intermitente. Este servicio incluye el tipo de cuidado que solo puede ser brindado de manera correcta y segura por una enfermera/o licenciada (una enfermera registrada o una enfermera licenciada).
- servicios de auxiliar y/o ayudante del hogar a tiempo parcial o intermitente. Esta persona no es una enfermera licenciada y ofrece servicios de apoyo a la enfermera. Estos servicios incluyen ayuda para bañarse, usar el baño, o vestirse. Este tipo de servicios no necesita las habilidades de una enfermera licenciada. Medicare no cubre los servicios de un auxiliar y/o ayudante del hogar a menos que usted también reciba cuidado especializado como cuidado de enfermería o de un terapeuta. El servicio de la auxiliar del hogar debe ser parte de su cuidado por una enfermedad o lesión.
- terapia física, servicios de patología, terapia del habla y terapia ocupacional por todo el tiempo en que su médico lo considere necesario.
 - 1) **Terapia física**, que incluye ejercicios para recobrar la fuerza y la movilidad de una parte del cuerpo, y entrenamiento para usar equipo especial o para completar tareas cotidianas, como sentarse y salir de una silla de ruedas, o de la tina.
 - 2) **Servicios de patología del habla**, incluyendo ejercicios para recobrar y fortalecer las destrezas vocales
 - 3) **Terapia ocupacional**, que le ayuda a realizar las tareas cotidianas por sí mismo. Tal vez usted tenga que aprender nuevas maneras de comer, vestirse, peinarse, y otras actividades diarias. Usted puede recibir terapia ocupacional aun si ya no necesita ningún otro cuidado especializado
- servicios médicos sociales para ayudarlo con las preocupaciones sociales y emocionales relacionadas con su enfermedad. Esto puede incluir consejería o ayuda para encontrar recursos en su comunidad
- ciertos suministros médicos, como vendas para heridas, pero no recetas médicas o productos biológicos
- equipo médico duradero, como sillas de ruedas o andadores.
- en ciertas circunstancias, medicamentos para la osteoporosis inyectables aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

3 - La Cobertura de Medicare del Cuidado de Salud en el Hogar

¿Cuáles servicios de cuidado de salud en el hogar no cubre Medicare?

Medicare no paga por:

- cuidado en el hogar las 24 horas al día;
- medicinas recetadas;
- comidas entregadas a su puerta;
- servicios domésticos como por ejemplo las compras, la limpieza, y lavandería;
- el cuidado personal por parte de un auxiliar de salud en el hogar, para bañarse, usar el lavatorio, o vestirse, si estas son las **únicas formas de cuidado que usted necesita**

A pesar que Medicare no cubre las recetas médicas, una ley aprobada recientemente agregó al programa Medicare el nuevo beneficio de medicamentos recetados. Con esta ley nueva, todos los beneficiarios de Medicare podrán inscribirse en planes que ayuden a pagar los costos de las recetas médicas. En el 2004, las tarjetas de descuento para recetas médicas fueron hechas disponibles a los beneficiarios de Medicare para ayudarlos con los gastos de sus medicinas. En el 2006, el beneficio de recetas médicas se agregará al programa Medicare para pagar por parte de los costos de sus medicamentos.

Los beneficiarios de Medicare están inscritos o en el [Plan Original de Medicare](#) o en otro plan de Medicare como un [Plan de Salud Administrado](#), un [Plan de Organización de Proveedores Preferidos](#) o un [Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare](#).

¿Qué paga el Plan Original de Medicare?

El [Plan Original de Medicare](#) paga la [cantidad aprobada por Medicare](#) para todos los servicios cubiertos. La [agencia de cuidado de salud en el hogar](#) manda las facturas a Medicare. Antes que comience su cuidado de salud en el hogar, la agencia debe decirle cuánto pagará Medicare de su factura. También debe informarle si algún artículo o servicio que le brindan no está cubierto por Medicare y cuánto tendrá que pagar por ellos. Esta explicación se la deben dar oralmente y por escrito.

¿Qué tendrá que pagar?

Usted podría recibir una factura por:

- servicios médicos y suministros que Medicare no cubre, como los medicamentos recetados.
- el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico como sillas de ruedas, andadores y equipo de oxígeno. Si la agencia de cuidado de salud en el hogar no le proporciona el [equipo médico duradero](#) directamente, el personal de la agencia debe acordar con el suministrador del equipo para que envíen a su casa el equipo que necesita.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

3 - La Cobertura de Medicare del Cuidado de Salud en el Hogar

Nota: Si está inscrito en el [Plan Original de Medicare](#), pregunte a su proveedor si acepta la “asignación” de Medicare. Si lo hace, usted podría ahorrar dinero. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia de la publicación “*¿Acepta la Asignación su Médico o Proveedor?*”.

¿Cómo paga el Plan Original de Medicare por mi cuidado en el hogar?

Medicare paga a la agencia de cuidado de salud en el hogar, una cantidad fija por cada 60 días de cuidado. (Este período de 60 días se conoce como “episodio de cuidado”). El pago está basado en el tipo de cuidado que puede necesitar una persona en su situación.

Si una agencia niega, disminuye o suspende la atención de cuidado que le brinda porque cree que Medicare no pagará por los servicios que el médico ha ordenado, la agencia de cuidado de salud en el hogar le debe enviar un Preaviso al Beneficiario sobre el Cuidado de Salud en el Hogar (HHABN, por sus siglas en inglés). El HHABN debe:

- explicar porqué la agencia piensa que Medicare no pagará por el servicio.
- explicarle que usted tal vez tenga que pagarles por los servicios que Medicare no pague, y
- darle instrucciones claras para obtener una decisión oficial de Medicare sobre el pago de los servicios de salud en el hogar y para apelar dicha decisión si el pago es denegado.

¿Qué puedo hacer si el Plan Original de Medicare deja de pagar por mi cuidado de salud en el hogar?

La agencia debe enviarle un HHABN donde le explica porqué y cuándo cree que Medicare dejará de pagar por el cuidado de salud en el hogar. Si recibe este aviso y su médico piensa que usted aún necesita este tipo de cuidado y que Medicare debería seguir pagando, pida una decisión oficial a Medicare.

Para conseguir una decisión oficial, usted debe:

- continuar recibiendo cuidado de la salud en su hogar, si usted cree que lo necesita. Pregunte cuánto costará. Hable con su doctor y su familia sobre el asunto.
- entender que usted tal vez tenga que pagarle a la agencia de cuidado de la salud en el hogar por estos servicios.
- pedirle a la agencia de cuidado de la salud en el hogar que le envíe su reclamo a Medicare, para que Medicare decida si quiere pagar.

3 - La Cobertura de Medicare del Cuidado de Salud en el Hogar

Si el [Plan Original de Medicare](#) decide pagar, le devolverán todo lo que usted pagó, con la excepción del coseguro por concepto de equipo médico duradero y cualquier otro pago que haya hecho por servicios que Medicare no cubre.

¿Qué puedo hacer si Medicare no paga por un artículo o servicio que creo que deberían pagar?

Si usted está en el Plan Original de Medicare, puede presentar una apelación, si cree que Medicare debía haber pagado, o no pagó lo suficiente, por algún artículo o servicio que usted recibió. Si presenta una apelación, pídale a su doctor o [proveedor](#) cualquier información relacionada a la cuenta que pueda ayudarle con su caso. Sus derechos de apelación aparecen al reverso del Resumen de Medicare que le mandan por correo por la compañía que le maneja las cuentas a Medicare. Este aviso también le dirá por qué no se pagó su cuenta, y que pasos puede seguir para presentar una apelación.

¿Qué ocurre si estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage?

Los [Planes Medicare Advantage](#) como un [Plan de Salud Administrado Medicare](#) o un [Plan de Organización de Proveedores Preferidos](#) o un [Plan Privado de Pago por Servicio](#), son opciones de planes en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes, usted solo puede consultar a médicos, especialistas u hospitales de la lista del plan. Los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios de las Parte A y B incluido el cuidado de salud en el hogar.

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage sólo podrá elegir una agencia de cuidado de salud en el hogar que trabaje con el plan. Llame al plan si tiene preguntas sobre los reglamentos del cuidado de salud en el hogar, cobertura, derechos de apelación y costos. Si recibe servicios de un médico o [agencia de cuidado de salud en el hogar](#) que no trabaja con su Plan Medicare Advantage, ni el plan ni Medicare pagarán la factura.

Si desea más información sobre los planes de salud de Medicare, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o lea el manual *Medicare y Usted* que se envía cada otoño a los beneficiarios de Medicare.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

4 - ¿Cómo ayuda Medicaid a las personas de ingresos bajos?

Los programas estatales, como [Medicaid](#), pueden ayudar a ciertas personas con sus gastos médicos. Para recibir esta ayuda usted debe tener un bajo ingreso, pocos ahorros y bienes.

La cobertura Medicaid varía de estado a estado. En todos los estados, Medicaid paga por el cuidado básico de la salud en el hogar y por el equipo médico. Medicaid puede pagar por servicios domésticos, cuidado personal, y otros servicios que no paga Medicare. Medicaid tiene programas que pagan algo o todas las primas de Medicare, y también los deducibles y el coseguro de Medicare para ciertas personas de bajos ingresos que tienen derecho a Medicare.

Para más información sobre la cobertura Medicaid de servicios de cuidado de salud en el hogar en su estado, llame a la oficina estatal de asistencia médica. Si usted necesita el número telefónico para su estado, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Su plan de cuidado incluye los servicios que usted necesita y el tipo de profesional de la salud que debe brindárselos.



5 - Su Cuidado de Salud en el Hogar

¿Supervisa un médico mi cuidado de salud en el hogar?

Sí, su médico supervisa los servicios porque:

- decide que usted necesita cuidado de salud en el hogar,
- crea un plan para su cuidado (ver a continuación),
- está en contacto con la [agencia de cuidado de salud en el hogar](#) para controlar su progreso.

¿Qué es un plan de cuidado?

Un plan de cuidado describe el tipo de servicio, atención y cuidado que debe recibir para tratar su problema de salud. Su médico trabajará con el personal de cuidado en el hogar para decidir:

- el tipo de servicio que necesita,
- el tipo de profesional de la salud que debe prestarle estos servicios,
- la frecuencia con la que usted necesitará estos servicios,
- el tipo de equipo médico que necesita en su hogar,
- los alimentos especiales que pueda necesitar,
- qué resultado espera el médico del tratamiento.

Su médico y el personal de su agencia de cuidado de la salud en el hogar revisarán su plan de cuidado tan a menudo como sea necesario, pero por lo menos una vez cada 60 días. Si su estado de su salud cambia, su agencia de cuidado de la salud en el hogar debe avisarle a su médico inmediatamente. Usted continuará recibiendo cuidado de la salud en el hogar por el tiempo en que sea elegible y su doctor diga que lo necesita.

Sólo su médico puede cambiar su plan de cuidado. La [agencia de cuidado en el hogar](#) no puede cambiar el plan sin la autorización del médico. A usted se le debe avisar sobre cualquier cambio hecho al plan. Si tiene preguntas sobre su cuidado, llame a su médico.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

(continúa en la página siguiente)

5 - Su Cuidado de Salud en el Hogar

¿Qué es un plan de cuidado? (continuación)

Si su agencia cambia su plan de cuidado sin autorización del médico, usted tiene derecho a **apelar**. Sus derechos de apelación están al dorso del Resumen de Medicare que le envía por correo, la empresa que se encarga de las cuentas de Medicare. El aviso le dirá por qué Medicare no pagó por una cuenta y cómo puede apelar la decisión.

Si piensa que no se están atendiendo sus necesidades médicas, hable con su médico y con la agencia de cuidado de salud en el hogar.

Las palabras
en **azul** se
definen en
las páginas
26–27.

5 - Su Cuidado de Salud en el Hogar

Lista de comparación del cuidado de salud en el hogar

Esta lista podrá ayudarle a usted y a su familia a controlar el cuidado que recibe en su hogar. Utilícela para asegurarse que está recibiendo cuidado de calidad.

Cuando recibo cuidado de salud en mi hogar:	Si	No	Comentarios
1. El personal es amable y nos trata a mí y a mi familia con respeto.			
2. El personal nos explica el plan de cuidado, nos deja participar en la creación del mismo y nos aviso con tiempo sobre los cambios probables.			
3. El personal está entrenado adecuadamente y está licenciado para brindar los servicios que necesito.			
4. La agencia me explica qué debo hacer si tengo un problema con el personal o con el cuidado que recibo.			
5. La agencia responde a mis pedidos con rapidez.			
6. El personal controla y verifica en cada visita mi estado físico y emocional.			
7. El personal responde rápidamente ante cualquier cambio en mi estado de salud o conducta			
8. Se inspecciona mi casa y se hacen sugerencias para adaptarla a mis necesidades especiales y garantizar mi seguridad			
9. El personal me explica qué hacer si tengo una emergencia.			
10. Mi privacidad está protegida.			

5 - Su Cuidado de Salud en el Hogar

¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre la calidad de mi cuidado?

Si usted cree que la [agencia de cuidado de la salud en el hogar](#) no le está brindando cuidado de buena calidad, o tiene una queja sobre la agencia, usted debe informar a la línea de emergencia de su estado. Su agencia de cuidado de la salud en el hogar debe darle este número cuando usted comienza a recibir servicios de salud en el hogar. O, usted puede también llamar a la [Organización para el Mejoramiento de Calidad](#), (QIO por su siglas en inglés) de su estado para presentar una queja.

Puede obtener los número telefónicos en “Contactos Útiles” en www.medicare.gov o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo descubro y denuncio el fraude?

La mayoría de las agencias de cuidado de salud en el hogar son honradas, y utilizan información correcta a la hora de facturar. Lamentablemente, sí hay fraude en la industria de la salud en el hogar. Esto desperdicia los recursos de [Medicare](#), y dinero que se podría usar para pagar reclamos. Usted puede desempeñar un papel importante en la lucha contra el fraude, el derroche, y el abuso en el programa Medicare.

Para reportar el fraude de Medicare, llame GRATIS al 1-800-447-TIPS (1-800-447-8477).

Usted debe poner atención especial a:

- visitas del personal ordenadas por su médico pero que usted no recibe,
- visitas del personal de salud en el hogar que usted no necesita,
- facturas por servicios y equipo que usted nunca recibió,
- falsificación de su firma, o la de su médico,
- presión para aceptar cosas y servicios que usted no necesita,
- artículos que aparecen en su Resumen de Medicare que piensa que no recibió.

La mejor manera de proteger su beneficio de cuidado de salud en el hogar es saber qué cubre Medicare y cuál es el plan de su médico para su cuidado. Si hay algo en el plan que usted no entiende, por favor pregunte.

(continúa en la página siguiente)

5 - Su Cuidado de Salud en el Hogar

¿Cómo descubro y denuncio el fraude? (continuación)

Usted también debe estar atento a actividades como:

- servicios de cuidado de la salud en el hogar que no fueron autorizados por su doctor. El doctor que aprueba sus servicios de cuidado de salud debe conocerlo a usted, y debe estar involucrado en su cuidado. Si su plan de atención de cuidado cambia, asegúrese que su médico participa en esos cambios.
- una agencia de cuidado de la salud en el hogar que le ofrece artículos y servicios gratis a cambio de su número de Medicare. Usted siempre debe tratar a su tarjeta Medicare como si fuera una tarjeta de crédito o efectivo. Nunca de su número de Medicare o Medicaid a gente que le dicen que le quieren dar un servicio gratis, pero que necesitan su número para sus archivos.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

Para reportar sus sospechas de fraude en el cuidado de la salud en el hogar, llame al [Intermediario Regional de la Salud en el Hogar de su estado \(RHHI por sus siglas en inglés\)](#). Puede obtener los números de teléfono locales en “Contactos Útiles” en www.medicare.gov o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al 1-800-447-TIPS (1-800-447-8477). Toda llamada se toma en serio.

Usted puede obtener los números de teléfono locales de organizaciones que pueden ayudarle en "Contactos Útiles" en www.medicare.gov o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



6 - ¿Dónde Obtengo Respuestas a mis Preguntas?

Si tiene preguntas sobre el cuidado de salud en el hogar y usted está en el Plan [Original de Medicare](#), llame a su [Intermediario Regional de la Salud en el Hogar](#) (RHHI por sus siglas en inglés). Si tiene preguntas sobre el cuidado de salud en el hogar y está en un [Plan Medicare Advantage](#), llame a su plan. Si tiene cobertura de otro seguro complementario llame a la oficina de servicios del plan.

Cada estado y territorio incluyendo Puerto Rico, las Islas Vírgenes, y el Distrito de Columbia, tiene un [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (SHIP por sus siglas en inglés), con consejeros que puede ofrecerle información gratuita y ayuda sobre los seguros de salud.

Los consejeros podrán contestarle sus preguntas sobre el cuidado de la salud en el hogar, y por cuáles servicios pagan Medicare, Medicaid, y otros tipos de seguros. Los consejeros también podrán ayudarlo con sus preguntas sobre pagos de Medicare, preguntas sobre cómo comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario Medicare) o un seguro a largo plazo, que hacer con negaciones o apelaciones de pagos, sus derechos y protecciones con Medicare, como presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento, y como escoger un plan de salud Medicare.

Usted puede obtener los números de teléfono locales de organizaciones que pueden ayudarle en “Contactos Útiles” en www.medicare.gov o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en azul se definen en las páginas 26–27.

7 - Palabras que Debe Saber

Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar—Una organización que brinda cuidados en su hogar, incluyendo cuidado de enfermería especializada, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado de asistencia (auxiliar y/o ayudante).

Apelación—Una apelación es un tipo especial de queja que usted presenta si no está de acuerdo con cualquier decisión que se haya tomado sobre su cuidado de salud, como por ejemplo, si Medicare no paga por un servicio que usted recibió. Esta queja se presenta al plan de salud Medicare o al Plan Original de Medicare. Por lo general debe seguir un proceso especial para presentar su queja.

Asignación—En el Plan Original de Medicare, esto significa que un médico está de acuerdo con aceptar el honorario de Medicare como pago completo. Si usted está en el Plan Original de Medicare, puede ahorrar dinero si su médico acepta la asignación. Usted aún debe pagar su parte del costo de la consulta médica.

Cantidad Aprobada—El honorario que Medicare establece como razonable por un servicio médico cubierto. Esta es la cantidad que usted y Medicare le pagan al médico o proveedor, por un servicio o suministro. Puede ser menos que la cantidad que en realidad se cobra. A la cantidad aprobada a veces también se le conoce como cargo aprobado.

Cuidado de Enfermería Especializada—Un nivel de cuidado que debe ser brindado o supervisado por enfermeras licenciadas. Este cuidado también está bajo la dirección general de un médico. Este tipo de servicio cuida de sus necesidades. Ejemplos del cuidado de enfermería especializada son: recibir inyecciones intravenosas, alimentación por tubos, oxígeno para ayudarle a respirar, y cambiar las vendas estériles de una herida. No está cubierto ningún servicio que podría hacerlo seguramente una persona ordinaria sin entrenamiento médico (o uno mismo) sin la supervisión de una enfermera licenciada.

Cuidador del Paciente/custodio—Una persona que cuida a un enfermo, anciano o incapacitado. A veces son parientes o amigos que ofrecen su ayuda voluntariamente. Otros lo hacen por una tarifa.

Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)—Equipo médico ordenado por su médico para uso en el hogar. Estos artículos deben ser reutilizables, como por ejemplo andadores, sillas de ruedas, o camas de hospital. El DME es pagado por la Parte A o B de Medicare para el cuidado de salud en el hogar.

Intermediario de Cuidado a Largo Plazo (Ombudsman)—Un defensor independiente que trabaja para los asilos de ancianos y centros de vida asistida para resolver problemas entre los residentes y los asilos o centros. Ellos podrían brindarle información sobre las agencias de cuidado de salud en el hogar de su área.

Intermediario Regional de la Salud en el Hogar—Una empresa privada contratada por Medicare para pagar cuentas de cuidado en el hogar y revisar la calidad del cuidado de la salud en el hogar.

Medicare—El programa federal de seguro de salud para: personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con incapacitaciones, y personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente de los riñones con diálisis o trasplante (ESRD, por sus siglas en inglés).

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)—Grupos de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud. El Gobierno Federal les paga para revisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Deben indagar sobre sus quejas sobre la calidad del cuidado brindado por: hospitales de internación, departamentos ambulatorios del hospital, salas de emergencia de los hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de cuidado de salud en el hogar, planes Privados de Pago-por-Servicio, y servicios de cirugía ambulatoria.

7 - Palabras que Debe Saber

Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)—Un Plan Medicare Advantage en el que usted utiliza médicos, hospitales, y proveedores que pertenecen a la red. También puede utilizar médicos, hospitales, y suministradores fuera de la red por un costo adicional.

Plan Medicare Advantage—El programa Medicare le da más opciones de planes de salud. Todo beneficiario que tenga las Partes A y B es elegible excepto aquellos que padecen de ESRD (a menos que se apliquen ciertas condiciones). Los Planes Medicare Advantage antes de llamaban Medicare + Opción. Estos planes incluyen: Planes de Salud Administrados Medicare, Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos, y Planes Privados de Pago-por-Servicio.

Plan Privado de Pago-por-Servicio—Un plan privado que acepta beneficiarios de Medicare. Usted puede ir a cualquier médico u hospital que acepte el pago del plan. El plan, en vez de Medicare es quien decide cuánto pagará por los servicios que usted recibe. Usted tal vez deba pagar más por los beneficios cubiertos por Medicare o quizá tenga beneficios adicionales que el Plan Original de Medicare no cubre.

Plan de Salud Administrado Medicare—Estas son opciones para el cuidado de la salud (como HMO) en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes, usted solamente puede ir a médicos, especialistas, u hospitales que aparecen en la lista del plan. Los planes deben cubrir todos los costos de salud de Medicare Parte A y Parte B. Ciertos planes le brindan beneficios adicionales, como las medicinas recetadas. Sus costos pueden ser más bajos que con el Plan Original de Medicare.

Plan Original de Medicare—Un plan de pago-por-visita que le permite visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar un deducible. Medicare paga su parte de las cantidades aprobadas y usted paga su parte (coseguro). El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico)]

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoría gratis sobre seguros de salud, y asistencia a personas con Medicare.

Proveedor—Un médico, hospital, profesional del cuidado de la salud, o centro de cuidado de salud.

Terapia del Habla—Tratamiento para recuperar y fortalecer su habilidad para hablar

Terapia Física—Tratamiento de una enfermedad o herida por medio de aparatos mecánicos como calor, electricidad, ejercicios y masajes

Terapia Ocupacional—Servicios que se le brindan para ayudarlo a regresar a sus actividades cotidianas (como el bañarse, preparar comidas, y realizar los quehaceres domésticos) después de una enfermedad, sea como paciente interno o ambulatorio.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)—A State program that gets money from the Federal Government to give free health insurance counseling to people with Medicare.

8 - Índice

Agencia de Cuidado de Salud	
en el Hogar	6, 14, 15, 19, 20, 22, 26
Agencia Estatal de Inspección	6
Apelaciones	15, 16, 20, 25, 26
Asignación	14, 16
Ayudante de cuidado de salud en el hogar	8, 11–13
Calidad	6, 8, 21
Cantidad Aprobada	14, 26
Confinado en el Hogar	11
Compare el Cuidado de Salud en el Hogar	6
Cuidado de enfermería especializada	3, 11, 13, 27
Cuidador del paciente/custodio	3, 26
Decisión oficial	15
Elegibilidad	11, 12
Episodio de Cuidado	15
Equipo Médico	14
Equipo Médico Duradero	15, 26
Fraude	22, 23
Intermediario de Cuidado a Largo Plazo	6, 26
Intermediario Regional de la Salud en el Hogar	23, 25, 27
Localizador Eldercare	6
Medicaid	17, 25
Medicamento para la Osteoporosis	13
Medicare	8, 12, 26
Medicare Advantage	8, 16, 25, 26
Medicinas Recetadas	13, 14
Organización para el Mejoramiento de Calidad	22, 27
Pago	14–16
Plan de Cuidado	19–20
Plan Original de Medicare	14, 15, 16, 25, 27
Plan de Organización de Proveedores Preferidos	14, 16, 27
Plan Privado de Pago-por-Servicio	14, 16, 27
Plan de Salud Administrado Medicare	14, 16, 27
Póliza de Seguro Suplementario Medicare (Medigap)	25
Preaviso al Beneficiario (HHABN)	15
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	25, 27
Queja	22
Servicios Sociales	12
Terapia Física	3, 13, 27
Terapia del Habla	3, 11, 13, 27
Terapia Ocupacional	3, 11, 13, 27



**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Uso Oficial
Penalidad por Uso Privado, \$300

Publicación CMS No. 10969-S
Revisado noviembre 2004

Medicare and Home Health Care (Sp)

Para obtener esta publicación en inglés o español llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-204.

Do you need a copy in English? Please call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
TTY users should call 1-877-486-2048.